

Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade

Knowledge of health professionals about advance directives

Ana Lúcia Fernandes Barreto¹, Manuel Luís Vila Capelas²

¹ Centro Hospitalar Lisboa-Central, Hospital Curry Cabral; Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal

² Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Portugal

Palavras-chave

Diretivas antecipadas de vontade; testamento vital; Procurador de Cuidados de Saúde; profissionais de saúde.

Resumo

Introdução: Cada pessoa é livre para decidir sobre os cuidados que deseja ou não receber, contudo quando não consegue manifestar essa vontade, pode recorrer a instruções dadas anteriormente, designadas por diretivas antecipadas de vontade.

Objetivo: Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade.

Materiais e Métodos: Estudo descritivo, observacional e transversal com uma abordagem quantitativa. Não haverá amostragem. A amostra coincidirá com a população (profissionais de saúde que trabalham em Portugal inscritos nas Ordens dos Enfermeiros, na dos Médicos e na dos Psicólogos Portugueses ou na Associação dos Profissionais de Serviço Social) que aceitar responder ao questionário difundido por via eletrónica por parte das Ordens/Associação dos Profissionais.

Resultados: A maioria da nossa amostra é do sexo feminino, enfermeiros e licenciatura como formação académica. Na generalidade, os participantes possuem conhecimento adequado sobre aspetos legais, definição, documentos necessários e aplicação das diretivas antecipadas de vontade.

Conclusão: Constatou-se um conhecimento generalizado sobre as diretivas antecipadas de vontade, mas ainda se observa reduzido conhecimento sobre alguns pontos da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, nomeadamente o conceito de “limitação do esforço terapêutico”, o local onde são inscritas as diretivas antecipadas de vontade e quem a elas pode aceder. Será importante de futuro investir no conhecimento dos profissionais de saúde.

Keywords

Advance directives; living wills; health care Prosecutor; healthcare professionals.

Abstract

Introduction: Each person is free to decide on the care they want or not to receive. however, when the patient cannot express his or her manifest this will, he or she may resort to instructions given previously called Advance Directives.

Aim: To analyze the knowledge of healthcare professionals regarding the Advance Directives.

Materials and Methods: Descriptive, observational and cross-sectional study with a quantitative.

There will be no sampling. The sample will coincide with the population (health professionals working in Portugal registered with the Portuguese Nurses, Doctors and Psychologists Orders or Associations of Social Work Professionals) that accepts to answer the questionnaire that will be disseminated electronically by the Professional Orders/Associations.

Results: Most of our sample are female, registered nurses, and graduates. In general, participants have adequate knowledge of the definition, legal aspects documents required, and application of the Advance Directives.

Conclusion: There was a general knowledge about the Advance Directives, there is little knowledge about Law No. 25/2012 of July 16, namely the term “therapeutic effort limitation” and the place where are registered the Advance Directives and who can access them. It will be important in the future to invest in the knowledge of health professionals.

Introdução

Nos cuidados de saúde, para prolongar a vida e evitar a morte, podem ser utilizados procedimentos mais invasivos, que podem ser geradores de sofrimento. Para evitar isso, torna-se cada vez mais relevante o poder de decisão do doente, tendo como base o princípio da autonomia e o respeito pela sua dignidade.¹

Quando o doente não consegue manifestar por si mesmo a sua escolha ou tomar decisões pode recorrer a instruções dadas anteriormente, que são as diretivas antecipadas de vontade (DAV). Esse instrumento facilita a deliberação e permite exercer o direito à autonomia, liberdade dentro dos limites previstos na lei e o respeito pelos seus valores e preferências.¹

Em 2012, foi aprovada a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, que estabelece o regime das DAV, sob a forma de testamento vital.

As DAV, na forma de testamento vital (TV), consistem num

“documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no qual concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”.²

Para além do TV, pode nomear-se um representante legal designado por procurador de cuidados de saúde (PCS), o qual deve ser envolvido no processo de decisão dos cuidados de saúde quando o doente não se encontra capaz de expressar a sua vontade sobre os tratamentos que quer ou não receber, tendo a sua decisão idêntico valor à tomada pelo doente.

Os profissionais de saúde têm um papel significativo para elucidarem os doentes sobre o conceito, âmbito e alcance das DAV e, posteriormente, diligenciar para que as mesmas sejam executadas. O cumprimento implica qualquer que seja a instrução a prestar cuidados de qualidade e de acordo com as escolhas e preferências dos doentes. Logo, os profissionais de saúde deverão sempre, mas de forma mais vinculada no caso da existência de DAV, respeitar a autonomia do doente no processo de decisão.

Materiais e Métodos

Este estudo objetiva avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde a exercer em Portugal sobre as DAV. De forma a alcançar esse objetivo, optou-se por um estudo descritivo, observacional e transversal com uma abordagem quantitativa.

A população no nosso estudo são os profissionais de saúde que trabalham em Portugal inscritos nas Ordens dos Enfermeiros, na dos Médicos e na dos Psicólogos Portugueses ou na Associação dos Profissionais de Serviço Social. Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde a exercer funções em Portugal e inscrito nas Ordens dos Enfermeiros, na dos Médicos ou na dos Psicólogos ou na Associação dos Profissionais de Serviço Social.

Optou-se por não realizar amostragem, por o estudo ser difundido por via eletrónica por parte das Ordens/Associação dos Profissionais. Resultou num total de 503 respondentes, que constituem a amostra deste estudo.

O instrumento de colheita de dados aplicado foi o questionário, o qual se baseou, com a devida autorização dos autores e posterior tradução para português, no utilizado no estudo que gerou o artigo “Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de las voluntades vitales anticipadas”.³

A investigação obteve o parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde – Universidade Católica Portuguesa.

O processamento de dados foi realizado com recurso à estatística descritiva.

Resultados

A amostra é constituída por profissionais do sexo feminino, sendo a sua grande maioria enfermeiras com idades que variam entre 22 e 67 anos. Cerca de 40% dos participantes do estudo têm apenas a licenciatura como formação académica (Tabela I).

Sensivelmente 20% dos profissionais de saúde que participaram no estudo trabalham numa unidade/ equipa de cuidados paliativos, e aproximadamente metade dos profissionais de saúde tem formação em cuidados paliativos e em bioética (Tabela I).

No conhecimento sobre aspetos legais/gerais das DAV, as afirmações com mais de 90% das respostas foram a prevalência da decisão do doente sobre a opinião dos profissionais de saúde e família (97,2%), serem válidas em Portugal (97,2%), a família não estar de acordo com o conteúdo da declaração para ser

aplicada (90,4%), e os procuradores de cuidados de saúde possuem limitação nas suas decisões (90,1%). E as respostas com menos de 50% nos tópicos foram a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, pretender assegurar a autonomia e o respeito pela vontade do doente

Tabela I – Características dos profissionais de saúde (n =503)

Características	N.º	%
Idade		
Média	40,1	---
Sexo		
Feminino	414	82,3
Masculino	89	17,7
Profissão		
Enfermeiro	386	76,7
Médico	87	17,3
Assistente Social	22	4,4
Psicólogo	8	1,6
Formação académica		
Licenciatura	201	40,0
Mestrado	173	34,4
Pós-graduação	120	23,9
Doutoramento	9	1,8
Formação em Cuidados Paliativos	292	58,1
Formação em Bioética	257	51,1

Tabela II – Respostas adequadas quanto aos conhecimentos sobre aspetos legais/gerais das DAV (n =503)

	N.º	%
1 – Nas DAV prevalece a decisão do doente em relação à opinião dos profissionais de saúde e familiares, desde que não seja contrária à lei	489	97,2
2 – As DAV são válidas em todo o território português	489	97,2
3 – A família do doente deve estar de acordo com o conteúdo das DAV, para se poderem aplicar	453	90,4
4 – O procurador dos cuidados de saúde nomeado nas DAV pode ter as suas funções limitadas pelo doente que ele representa	453	90,1
5 – Se não houver DAV ou um PCS nomeado legalmente que possa decidir, o profissional de saúde pode realizar o tratamento que ele considera melhor para o doente	413	82,1
6 – Um doente interdito/inabilitado pode manifestar a sua vontade nas DAV	361	71,8
7 – Os profissionais de saúde estão obrigados a informar sobre as DAV	336	66,8
8 – A Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, pretende assegurar a autonomia e o respeito pela vontade do doente no processo de fim de vida, somente quando há DAV	228	45,3
9 – Nas DAV podem ser dadas instruções sobre a doação de órgãos	147	29,3
10 – As DAV significam o mesmo que o consentimento informado	68	13,5
11 – As DAV devem ser registradas no RENTEV para serem válidas	63	12,5

no processo de fim de vida, somente quando há DAV (45,3%), não poderem ser dadas instruções sobre a doação de órgãos (29,3%), significarem o mesmo que o consentimento informado (13,5%) e não necessitarem de estar registradas no Registo

Tabela III – Respostas adequadas quanto aos conhecimentos sobre definição das DAV (n =503)

	N.º	%
1 – É aconselhável que, antes das DAV, o doente e o PCS falem entre si sobre o conteúdo da declaração, esclareçam e expressem valores, desejos e crenças	494	98,2
2 – As DAV são manifestações da vontade relativas a futuros cuidados de saúde prestados aos doentes, no caso de não poderem expressar a sua vontade pessoalmente	486	96,6
3 – As DAV são um documento escrito que contém preferências sobre os cuidados e tratamentos de saúde que se quer receber, quando não possuímos capacidade de as expressar	480	95,4
4 – No caso do doente em fim de vida, só o procurador de cuidados de saúde pode ter acesso às DAV	438	87,1
5 – Considera saber qual o objetivo das DAV	408	81,1
6 – Conhece o significado da designação “limitação do esforço terapêutico”?	322	64,0
7 – As DAV devem sempre ser tidas em conta, independentemente do estado de consciência do doente	142	28,2

Tabela IV – Respostas adequadas quanto aos conhecimentos sobre documentação para realizar as DAV (n =503)

	N.º	%
1 – Os documentos de identificação necessários para realizar as DAV são o Cartão de Cidadão ou o Passaporte do doente e do procurador de cuidados de saúde	429	85,3
2 – O registo das DAV só pode ser feito pelo próprio doente	366	72,8
3 – Considera-se informado sobre como realizar as DAV?	195	38,8

Tabela V – Respostas adequadas quanto aos conhecimentos sobre aplicação das DAV (n =503)

	N.º	%
1 – O profissional de saúde deve sempre consultar as DAV, mesmo que o doente tenha capacidade para comunicar a sua vontade, prevalecendo o que é expresso na declaração	344	68,4
2 – Sabe quem legalmente pode aceder às DAV?	251	49,9
3 – Considero possuir informações acerca da aplicação das DAV	205	40,8
4 – Na sua atividade profissional, e diante de uma situação específica, consultou ou propôs consultar o RENTEV?	118	23,5
5 – Na sua atividade profissional consulta o RENTEV como mais uma etapa no processo de assistência ao doente?	65	12,9

Nacional do Testamento Vital (RENTEV) para serem válidas (12,5%) (Tabela II).

Na definição de DAV, as respostas com percentagens superiores a 90% foram o doente e o representante legal conversarem sobre o documento formulado (98,2%), as DAV divulgarem à vontade em relação a futuros cuidados (96,6%) e incluírem a eleição dos cuidados a receberem (95,4%). Com menos de 65%, os profissionais de saúde conhecem o significado “limitação do esforço terapêutico” (64,0%) e não acreditam que as DAV devem ser tidas em conta independentemente do estado de consciência (28,2%) (Tabela III).

Na elaboração de DAV, a resposta com percentagem superior a 80% foi saber os documentos de identificação para efetuar a declaração (85,3%). E obteve-se percentagem inferior a 40% sobre deter informação em relação às DAV (38,8%) (Tabela IV).

Na aplicação das DAV, as respostas obtiveram percentagens inferiores a 70%, porém a resposta com maior percentagem foi o profissional de saúde não ter de consultar sempre as DAV, mesmo quando o doente possa revelar a sua determinação (68,4%). As respostas com menos de 30% foram ter ou proposto consultar o RENTEV numa situação específica (23,5%) e consultar o RENTEV como fazendo parte dos cuidados prestados (12,9%) (Tabela V).

Discussão

As DAV são uma forma de manifestar a vontade do doente em relação a cuidados e tratamentos futuros, constituindo-se, portanto, como uma mais-valia.

A globalidade dos participantes considera as DAV como uma forma de promover a autonomia do doente, possibilitando que o doente seja envolvido no processo de decisão. O estudo de Piccini, Steffani, Bonamigo, Bortoluzzi e Schlemper⁴ obteve resultados inferiores de participantes (60,77%) que respeitam a autonomia do doente.

Nas DAV, a decisão é sempre do doente, sem qualquer pressão de familiares ou profissional de saúde, tendo os participantes do estudo concordado próximo da globalidade. Manifesta-se na afirmação um profundo respeito pela autonomia do doente, de forma a não lhe ser imposto sofrimento prolongado ou procedimentos invasivos que não deseja.

No entanto, só menos de metade dos sujeitos objetiva a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, como uma forma de respeitar a autonomia e a vontade do doente quando há DAV. A reduzida percentagem

alcançada talvez se deva ao facto de a legislação ser relativamente recente.

O consentimento é a expressão da vontade do doente, devendo esse ter informação para se encontrar apto a decidir, se assim for não podemos falar em consentimento. De acordo com Moreira, Costa, Cunha, Zaccara, Dellacqua e Dutra,⁵ as DAV são a expressão da vontade previamente manifestada por parte do doente para a prática de um ato médico no futuro, sendo primordial a informação para essa decisão, estando-se diante de consentimento prospetivo. Em inconsonância com a bibliografia consultada, menos de 15% dos participantes neste estudo equipara as DAV ao consentimento.

A globalidade dos participantes indica os PCS como os elementos a quem se recorre para decidir sobre cuidados prestados ao doente, podendo as suas funções terem limitações uma vez que a sua decisão deve ser baseada em valores e crenças do doente conhecidos antecipadamente através de conversas. Santos⁶ reforça a afirmação, referindo que o PCS tenta interpretar o que consideraria mais adequado a partir do conhecimento que tem do doente, quando não existe esse representante legal, o doente encontra-se vulnerável.

Para a pessoa poder decidir de forma livre sobre um tratamento ou procedimento, deve ser fornecida informação. A informação é essencial para dar o seu consentimento sobre um tratamento ou procedimento.

Aproximadamente 95% dos sujeitos defendem que as DAV manifestam a escolha da pessoa por futuros cuidados quando forem incapazes de decidir. E a maioria dos participantes concorda que a decisão das DAV é sempre do doente, sem pressão de ninguém. Mello⁷ reconhece as DAV como um instrumento que respeita o direito à vontade do doente de forma pessoal e unilateral.

No estudo, cerca de 30% dos participantes opõem-se a valorizar invariavelmente as DAV, apesar do estado de consciência do doente. De acordo com Nunes,⁸ o documento pode ser revogado em qualquer momento desde que a pessoa esteja consciente das suas faculdades, não sendo a declaração vinculativa.

No presente estudo, quase a totalidade dos participantes consideraram que nas DAV deve acontecer uma conversa prévia ao planeamento dos cuidados entre doente e PCS. A literatura reforça que esse diálogo simplificará a tomada de decisão, obtendo saberes que auxiliarão no julgamento do representante legal.⁹

A generalidade dos profissionais de saúde vê as DAV como uma ferramenta essencial de forma a proteger a autonomia do doente. Contudo, apenas cerca de 40% se sente corretamente informado de como essas são realizadas, tendo aqui a formação um papel fundamental.


Menos de 15% dos profissionais de saúde discordam de as orientações deverem estar registadas no RENTEV para serem válidas. Estes resultados não estão de acordo com a bibliografia consultada, pois segundo Santos,⁶ as DAV tanto podem ser inscritas no RENTEV ou formalizadas através do notário, tendo apenas o registo no RENTEV a vantagem de facilitar o acesso e a tomada de conhecimento.

Os nossos resultados identificam que cerca de 20% dos profissionais de saúde já consultou ou propôs consultar o RENTEV num determinado contexto. Este resultado pode advir de falta de tempo ou de pensar não serem as suas funções.

Conclusão

A maioria dos participantes considera as DAV como uma forma de promover a autonomia do doente e a sua dignidade enquanto pessoa, e os profissionais de saúde expressam praticamente todo o respeito pela vontade prévia do doente e pela sua autonomia. Porém, existem alguns temas com necessidade de maior formação.

De futuro, sugere-se desenvolver um estudo comparativo entre os dados dos diversos profissionais de saúde com a finalidade de perceber se resta diferença nos conhecimentos perante as DAV.

Por fim, a investigação sobre as DAV é relevante, como forma de os profissionais de saúde alcançarem saberes para melhor agirem diante dos doentes. 

Referências

1. González JA. Testamento Vital e Procuração de Cuidados de Saúde. Lisboa: Quid Juris Sociedade Editora; 2013. Pp. 13-150.
2. Diário da República n.º 136/2012, Série I de 16 de julho. Lei n.º 25/2012. Retirado em 10 de janeiro de 2018 de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/179517/details/maximized>
3. Contreras MF, Bolívar FV, Rodríguez JJ, Calero AG, Hernández FH. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el Documento de Voluntades Anticipadas diferencias entre distintos profesionales y provincias de una misma autonomía. SEMERGEN – Medicina de Familia. 2014; 41 (3); 139-148.
4. Piccini CF, Steffani JA, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC, Schlemper BR Jr. Testamento Vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. Revista Bioethikos. 2011; 5 (4); 381–391.

5. Moreira MADM, Costa SFG, Cunha MLDM, Zaccara AAL, Negro-Dellacqua M, Dutra F. Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. Revista Bioética. 2017; 25 (1); 168–178.
6. Santos LFD. Testamento Vital. O que é? Como elaborá-lo? Porto: Porto Editora; 2011. Pp. 29 – 178.
7. Mello HP. Diretivas Antecipadas da Vontade. In: Nunes R, Melo HP, eds. Testamento Vital. Coimbra: Almedina; 2012. Pp. 17-140.
8. Nunes R. Diretivas antecipadas de vontade. Brasília: Conselho Federal de Medicina/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2016. Pp. 36-51, 65-89.
9. Semedo J. Testamento Vital e o direito à autodeterminação. COMMUNIO – Revista Internacional Católica. 2011; (1); 39–47.